

UNIVERSITÉ DE MONTPELLIER

FACULTÉ DE MÉDECINE

N° 50

DE L'ÉTRANGLEMENT

DES

HERNIES APPENDICULAIRES

THÈSE

Présentée et publiquement soutenue devant la Faculté de Médecine de Montpellier

Le 12 Décembre 1919

PAR

Sylvestre PUIG

Décoré de la Croix de Guerre

Né au Perthus (Pyrénées-Orientales) le 13 Avril 1890

POUR OBTENIR LE GRADE DE DOCTEUR EN MÉDECINE

**Examineurs
de la Thèse**

TÉDENAT, Professeur, *Président*.

MASSABUAU, Profes.

SOUBEYRAN, Agrégé.

RICHE, Agrégé.

Assesseurs.

MONTPELLIER

IMPRIMERIE ROUMÉGOUS ET DÉHAN

Rue Vieille-Intendance, 5

1919

DE L'ÉTRANGLEMENT
DES
HERNIES APPENDICULAIRES

UNIVERSITÉ DE MONTPELLIER

FACULTÉ DE MÉDECINE

N° 50

DE L'ÉTRANGLEMENT

DES

HERNIES APPENDICULAIRES

THÈSE

sentée et publiquement soutenue devant la Faculté de Médecine de Montpellier

Le 12 Décembre 1919

PAR

Sylvestre PUIG

Décoré de la Croix de Guerre

Né au Perthus (Pyrénées-Orientales) le 15 Avril 1890

POUR OBTENIR LE GRADE DE DOCTEUR EN MÉDECINE

**Examineurs
de la Thèse**

TÉDENAT, Professeur, <i>Président.</i>	
MASSABUAU, Profes.	
SOUBEYRAN, Agrégé	} <i>Assesseurs.</i>
RICHE, Agrégé.	

MONTPELLIER

IMPRIMERIE ROUMÉGOUX ET DÉHAN

Rue Vieille-Intendance, 5

1919



PERSONNEL DE LA FACULTE

MM. MAIRET (*), DOYEN.
SARDA, ASSESSEUR.
IZARD, SECRÉTAIRE.

Professeurs

Clinique chirurgicale.
Clinique des maladies ment. et nerv.
Physique médicale.
Botanique et Histoire naturelle médicales.
Clinique chirurgicale.
Clinique ophtalmologique.
Physiologie.
Histologie.
Clinique médicale.
Anatomie.
Clinique chirur. infantile et orthopédie.
Médecine légale et Toxicologie.
Clinique des maladies des enfants.
Pathologie et thérapeutique générales.
Hygiène.
Clinique médicale.
Clinique obstétricale.
Thérapeutique et Matière médicale.
Anatomie pathologique.
Chimie biologique et médicale.
Microbiologie.
Pathologie interne.

MM. TEDENAT (*).
MAIRET (*).
IMBERT (*).
GRANEL.
FORGUE (O. *).
TRUC (O. *).
HEDON.
VIALLETON.
DUCAMP (*).
GILIS (*).
ESTOR.
SARDA.
BAUMEL (*).
BOSC.
BERTIN-SANS (H.)
RAUZIER (*).
VALLOIS.
VIRE.
MASSABUAU (*).
DERRIEN.
N...
N...

PROFESSEURS ADJOINTS : MM. DE ROUVILLE, MOURET, VEDEL

DOYEN HONORAIRE : M. VIALLETON.

PROFESSEUR HONORAIRE : M. E. BERTIN-SANS (*)

SECRÉTAIRE HONORAIRE : M. GOT.

Chargés de Cours complémentaires

Clinique gynécologique.	MM. De ROUVILLE, prof.-adj.
Clinique d'oto-rhino-laryngologie.	MOURET, prof.-adjoint.
Clinique ann. des mal. syphil. et cutanées.	VEDEL, prof.-adjoint
Clinique des maladies des voies urinaires.	JEANBRAU (*), a. l. (ch. de c.).
Médecine opératoire.	SOUBEYRAN (*) a. l. (ch. de c.).
Pathologie externe.	RICHE, agrégé
Clinique annexe des maladies des vieillards.	EUZIERE, agrégé.
Accouchements.	P. DELMAS, agrégé.
Accouchements.	DESMONTS (ch. de c.).
Matière médicale.	CABANNES, agrégé.
Microbiologie.	LISBONNE, agrégé (ch. de c.).
Stomatologie.	WATON (* *), docteur.

Agrégés en Exercice

MM.	MM.	MM.
GALAVIELLE.	CABANNES.	ROGER.
GRYNFELTT.	P. DELMAS.	ETIENNE.
LEENHARDT.	EUZIERE.	LISBONNE.
GAUSSEL (* *).	J. DELMAS (*)	PECH * (ch. d'agr.
RICHE.	RIMBAUD.	

Examineurs de la Thèse

MM. TÊDENAT, président.
MASSABUAU, professeur.

MM. SOUBEYRAN, agrégé.
RICHE, agrégé.

La Faculté de médecine de Montpellier déclare que les opinions émises dans les dissertations qui lui sont présentées doivent être considérées comme propres à leur auteur; qu'elle n'entend leur donner ni approbation ni improbation.

A MON PÈRE — A MA MÈRE

Dont la vie de travail est toute consacrée au bonheur de leurs enfants, je dédie ce témoignage de ma reconnaissance et de ma profonde affection.

A MA SOEUR

En témoignage de mes sentiments tendrement dévoués.

A MON BEAU-FRÈRE

A MES PARENTS

A MES AMIS

A MON PRÉSIDENT DE THÈSE

MONSIEUR LE PROFESSEUR TÉDENAT

PROFESSEUR DE CLINIQUE CHIRURGICALE
A LA FACULTÉ DE MÉDECINE DE MONTPELLIER
CHEVALIER DE LA LÉGION D'HONNEUR

S. PUIG.

AVANT-PROPOS

Arrivé au terme de nos études, nous sommes heureux de témoigner notre reconnaissance aux maîtres qui nous ont instruit.

Nous remercions plus spécialement nos maîtres des hôpitaux : MM. les professeurs Rauzier, Tédénat, Forgue, Estor et Gaussel ; leurs leçons cliniques, que nous avons suivies avec intérêt, nous seront d'un grand secours dans la pratique journalière.

Que M. le professeur Tédénat reçoive ici l'expression de notre gratitude pour le grand honneur qu'il nous fait en acceptant la présidence de notre thèse inaugurale.

Nos remerciements s'adressent également à M. le docteur Lapeyre, qui nous a donné l'idée de ce travail, et à notre camarade, le docteur Cathala, qui nous a communiqué tous ses documents avec la plus grande amabilité.

DIVISIONS DU SUJET

Nous diviserons cette étude en huit chapitres :

Dans le premier, nous donnerons un aperçu de l'histoire de la hernie appendiculaire et de son étranglement.

Dans un deuxième chapitre, nous ferons quelques considérations générales sur l'anatomie de l'appendice.

Le troisième aura trait à l'étiologie, le quatrième à l'anatomie pathologique, le cinquième à la pathogénie, le sixième à la symptomatologie, le septième au diagnostic et au pronostic.

Le dernier chapitre sera réservé au traitement.

DE L'ÉTRANGLEMENT

DES

HERNIES APPENDICULAIRES

HISTORIQUE

La première hernie de l'appendice iléo-cæcal a été signalée en Italie : nous en devons l'observation à Morgagni, en 1762. Après lui, les disciples du maître, continuant l'œuvre commencée, apportèrent un certain nombre de cas isolés, par dissection de pièces fraîches ou préparation de pièces sèches. Camper publia la première observation en Hollande vers 1762; Hesselbach la première en Allemagne vers 1805; Cloquet laissa la première pièce sèche en France vers 1816.

En 1836, Merling, dans sa thèse inaugurale, soutenue à Heidelberg, cite 2 cas d'étranglement de l'appendice iléo-cæcal hernié; dans le premier cas, la malade fut opérée et mourut; dans le deuxième, il n'y eut pas d'intervention et l'autopsie montra un appendice gangréné et perforé.

Le premier travail d'ensemble sur cette question fut présenté par Klein, en 1868 : il rassembla 53 cas, la plupart d'autopsie, dont 19 seulement concernant les hernies de l'appendice seul.

Au cours des trente dernières années, les observations se sont multipliées et le chapitre de l'étranglement de l'appen-

dice hernié, qui nous intéresse particulièrement, a été maintes fois traité :

Pollosson a fait paraître dans le *Lyon Médical*, de 1893, une étude d'ensemble de l'étranglement appendiculaire ; nous lui avons emprunté deux observations qui nous permettront d'établir l'origine primitive de l'étranglement du collet du sac.

Les articles de Delore et Gallois, de Lyon ; de Massoulard et Sorel, de Paris ; les thèses de Sauvage et Rivet, de Paris ; de Bouillet, de Bordeaux ; de Rolland, de Montpellier, nous ont été également d'un grand secours dans l'élaboration de notre travail.

ANATOMIE DE L'APPENDICE ILÉO-CÆCAL

Il nous paraît utile de donner, au début de cette étude, quelques indications sur l'anatomie de l'appendice.

L'appendice iléo-cæcal ou appendice vermiforme est un petit tube cylindrique, terminé en cul-de-sac à l'une de ses extrémités, s'abouchant, d'autre part, dans le cæcum, sur sa face postéro-interne, à 2 cm. environ au-dessous de l'angle iléo-cæcal ; ce point correspond au point de rencontre des 3 bandelettes musculaires longitudinales du cæcum ; chez le fœtus, l'appendice s'implante directement sur le fond du cæcum, en continuité avec lui.

Sa longueur moyenne est de 6 à 12 centimètres pour Sappey ; souvent elle dépasse ce chiffre (Gegenbauer 20, Ribbert 21, Lannelongue, Cruveilhier 22, Luschka 23). Valler Dade cite le cas d'un nègre, opéré d'appendicite à rechutes et chez lequel cet organe mesurait 28 cm. Au contraire, on a pu le voir d'une brièveté exagérée : 2 cm. Laffargue, 2 cm. 5 Ribbert. Pour un même appendice, la longueur, d'après Tarenetsky, varierait avec l'âge ; elle atteindrait son maximum entre 10 et 30 ans et s'atrophierait chez le vieillard.

Le diamètre est en moyenne de 5 à 7 mm., mais peut, dans certains cas (Gerold, Laffargue), atteindre 1 cm. à 1 cm., 5.

L'appendice est creusé dans toute sa longueur d'un canal cylindrique, virtuel à l'état normal ; sa lumière présente, au niveau de son point d'abouchement dans le cæcum, un rétrécissement constituant la valvule de Gerlach.

L'appendice, quelquefois rectiligne, est le plus souvent recourbé en forme d'anse à concavité supérieure : cette dis-

position est due au tiraillement exercé sur lui par le méso-appendice. Quelquefois il s'enroule en spirale : on a observé cette forme au niveau de la partie terminale de l'iléon autour duquel il peut s'enrouler un plus ou moins grand nombre de fois.

La situation de l'appendice est variable et commandée en grande partie par sa longueur : on le trouve le plus souvent dans la portion interne de la fosse iliaque droite ; Silhol, de Marseille, a signalé sa présence dans la fosse iliaque gauche ; souvent on l'a trouvé en rapport avec le rein droit et le foie, souvent avec les organes du petit bassin : vessie, utérus, ovaires, ligament large, rectum.

L'appendice peut se diriger en haut, en bas, à droite ou à gauche :

En haut, il suit généralement la face postérieure du cæcum et du colon ascendant auquel il adhère plus ou moins intimement.

En bas, il croise le muscle psoas et il peut descendre dans le petit bassin.

A droite, il se met en rapport avec les anses intestinales et plus spécialement avec la portion terminale de l'intestin grêle.

A gauche, il croise le muscle iliaque. Testut l'a vu se diriger franchement vers l'épine iliaque antéro-supérieure et ne s'arrêter qu'à 12 mm. de ce point.

Laffargue, étudiant les situations diverses de l'appendice, a trouvé le type ascendant dans 13 % des cas, le type descendant dans 41.5 %, le type latéral interne 26 %, le type latéral externe 17 %.

D'après Biggs, l'appendice se dirige en bas et en dedans dans les 3/4 des cas, en arrière du cæcum et du colon ascendant dans le dernier quart.

Quels sont les moyens de fixité de l'appendice ? Ils sont de 2 ordres :

1° Ceux qu'il partage avec le cæcum ;

2° Ceux qui lui sont propres et qui sont dus à la présence de 3 ligaments : le méso-appendice, le repli iléo-appendiculaire, le ligament appendiculo-ovarien :

Le méso-appendice est un repli péritonéal triangulaire, son bord externe répond au bord interne de l'appendice, le bord interne à concavité tournée en dedans contient l'artère appendiculaire, le bord supérieur est fixé à la lame mésentérique sous-iléale.

Le repli iléo-appendiculaire ou ligament antérieur est un pli séreux quadrangulaire résultant du soulèvement du péritoine par des faisceaux musculaires passant de la base de l'appendice à l'iléon et par l'artère récurrente iléale. Son bord inférieur est en rapport avec la face antérieure de la base de l'appendice, son bord externe avec la portion voisine de la face antéro-interne du cæcum, son bord gauche est curviligne et a sa concavité tournée en dedans. Ce repli forme la face antérieure de la fossette iléo-cæcale supérieure.

Le ligament appendiculo-ovarien n'existe que chez la femme. Clado en a donné la description suivante : « en relevant l'appendice cæcal on peut voir qu'il se forme un repli péritonéal qui part de son méso pour aller se continuer avec le bord supérieur du ligament large à concavité supérieure ; il est falciforme ; sa partie moyenne la moins haute répond aux vaisseaux iliaques et mesure 1 ou 2 centimètres de hauteur.

En résumé, le vermium est un organe de longueur, de situation et de direction variables ; ses moyens d'attache ne sont pas suffisamment serrés pour lui interdire toute migration.

ÉTIOLOGIE

La plupart du temps, l'étranglement est consécutif à une inflammation due à la présence d'un corps étranger (noyau de cerise, observation XXXVIII. *The Dublin Journal*, aiguille (Amyand), matières fécales, et cette dernière hypothèse ne doit pas être toujours rejetée si l'on n'en trouve pas de traces, les boulettes pouvant se dissocier sous l'influence de l'inflammation). Sandifort, dans la thèse de Mérigot de Treigny, signale un cas d'étranglement survenu à la suite du port d'un bandage mauvais ou mal ajusté, chez un enfant de 3 ans porteur d'une hernie congénitale.

Dans tous les cas cités plus haut, l'étranglement est secondaire; pendant longtemps cette seule catégorie a été admise: Pollosson, de Lyon, a été l'un des premiers à démontrer l'existence de l'étranglement primitif.

Au début de cette étude nous avons insisté sur les anomalies de l'appendice; nous allons essayer de montrer qu'une longueur exagérée peut suffire à elle seule à provoquer l'étranglement: supposons un appendice hernié sur une partie seulement de sa longueur; des adhérences ont rendu la hernie irréductible; mais le segment supérieur, adhérent au cæcum, suivant cet organe dans ses déplacements intra-abdominaux, pourra produire au niveau d'un rebord tranchant de l'orifice (le ligament de Gimbernat, par exemple, pour les hernies crurales), une coudure brusque et persistante: l'étranglement sera constitué.

L'interposition du méso-appendice entre l'anneau et les

diverticules, les inflexions en anse (observation XXV, Brieger) peuvent également être invoquées ; Wolfler incrimine une fois la dégénérescence kystique, de l'appendice Morestin pense à la possibilité de l'étranglement par simple stase sanguine.

Certains étranglements ne pouvant rentrer dans les cas cités plus haut, il faut reconnaître le rôle joué par la striction du collet du sac ; il existe un sillon au niveau de l'anneau, et cet anneau est parfois si serré que la réduction doit être précédée du débridement (observations de Pollosson, du D^r Thierry).

L'étranglement peut encore être dû aux bords de l'anneau, l'orifice interne du canal inguinal dans le cas de hernie inguinale, le bord libre du ligament de Gimbernat dans une hernie crurale.

Dans le cas de hernie congénitale, l'étranglement a parfois été provoqué par un des diaphragmes du canal péritonéo-vaginal, diaphragme dont l'importance dans la production de cet accident a été bien mise en lumière par Ramonède.

Quelquefois cette complication se produit sans cause appréciable chez un individu porteur d'une hernie jusque-là indolente, parfois réductible au moins en partie et datant souvent de plusieurs années.

Il est des cas encore où l'intervention trop tardive met le chirurgien en présence d'un organe complètement sphacélé et où l'étendue des lésions empêche toute constatation.

L'étiologie de l'étranglement est donc complexe, surtout si l'on considère sa rareté relative.

Sur 260 hernies inguinales et crurales, Caplesco, de Bucarest, a trouvé 13 hernies de l'appendice.

Au point de vue des variétés, Richet, dans la *Gazette des Hôpitaux* de 1918, donne les chiffres suivants sur 94 cas :

63 hernies inguinales.

28 hernies crurales.

1 hernie obturatrice.

1 hernie ombilicale.

Le docteur Naquet, dans sa thèse, cite des chiffres un peu différents ; sur 85 observations, il a établi la proportion suivante :

57 hernies inguinales.

25 hernies crurales.

ANATOMIE PATHOLOGIQUE

Quelle que soit leur variété, les hernies de l'appendice présentent généralement un sac contenant l'organe hernié ; pourtant il n'en est pas toujours ainsi ; Cabaret, dans le *Journal des Connaissances médicales* de 1842, cite le cas d'une femme de 60 ans dont la hernie crurale ne possédait pas de sac. Après l'incision de la peau et des plans musculo-aponévrotiques, il arriva sur un appendice étranglé. Cette disposition peut également se rencontrer au niveau du canal inguinal et alors l'appendice est en rapport avec le ligament rond chez la femme, avec le cordon chez l'homme ; on l'a vu descendre jusque dans les bourses.

Les lésions de l'appendice sont, dans ce cas, identiques à celles d'une hernie complète comprenant le sac et l'appendice ; elles seront étudiées ultérieurement.

La portion de péritoine constituant le sac ne présente pas parfois d'altérations ; d'autres fois au contraire sa constitution est notablement modifiée ; le professeur Verneuil, opérant un malade d'une hernie étranglée, l'a vu constitué par « des couches infiltrées, brunâtres, puis grisâtres et stratifiées qu'il décortica à la manière d'une hématocele ».

Quelquefois il est recouvert de fausses membranes ainsi que l'appendice lui-même : ces fausses membranes peuvent aller de l'appendice au collet du sac et être la cause de l'irréductibilité de la hernie si le sac est adhérent à l'anneau ou d'un étranglement interne si celui-ci est réductible, elles peuvent également souder les parois du sac aux tissus voisins.

Signalons enfin la présence du rétrécissement au niveau du collet du sac.

L'appendice présente un sillon généralement circulaire, d'une coloration ecchymotique ; ce sillon peut parfois atteindre une hauteur de 5mm. Il peut siéger à des hauteurs différentes ; il persiste après le débridement. La portion située au-dessus est quelquefois normale, d'autres fois elle présente un commencement d'inflammation ; au-dessous de l'étranglement, l'appendice est dilaté et violacé. Il contient parfois un peu de liquide séro-hématique, parfois un corps étranger, d'autres fois rien du tout.

De façon précoce, l'étranglement aboutit à la perforation, non seulement au niveau de la stricture, mais le plus souvent au-dessous du point étranglé. Ce phénomène est analogue à celui que Darier avait déjà noté dans les perforations de l'appendice, consécutives à la présence de corps étrangers, et où la perforation ne siège pas nécessairement au niveau du point d'obstruction ; il est également signalé dans une observation de Thiéry.

Entre le sac et l'appendice on ne trouve quelquefois rien, quelquefois un liquide séro-hématique (Observation de Delore, *Lyon médical*, 1907, dans laquelle la malade fut opérée le lendemain du jour où s'étaient manifestés les premiers symptômes d'étranglement).

Plus habituellement le liquide est constitué par du pus (observation de Beaumetz. *Gazette des hôpitaux*, 1859) ou du pus mélangé à des matières fécales et des gaz, lorsque l'appendice est perforé (observation de Delore. *Lyon médical* 1907). Dans un cas cité par Pollosson, la collection purulente occupait 2 poches communicantes dont l'une limitée par des adhérences était au-dessus de l'arcade et l'autre le sac d'une hernie crurale ; l'appendice, gangréné, libre, nageait dans le pus.

Nous voyons que les lésions de l'appendice hernié peuvent être insignifiantes ou nulles dans le cas d'étranglement primitif et récent, qu'elles présentent les 3 stades de congestion, épanchement séro-fibrineux, formation de pus dans les étranglements anciens, qu'ils soient primitifs ou secondaires.

PATHOGÉNIE

Deux questions se posent au sujet de la pathogénie de l'étranglement appendiculaire :

I. — Quelle est l'origine de cette complication, en d'autres termes, l'étranglement herniaire doit-il être distingué de l'appendicite herniaire ? Il nous paraît que cette distinction doit être faite.

En effet, bien que au point de vue clinique les deux affections aient des caractères communs, leur étiologie et surtout l'étude microscopique des lésions les séparent assez nettement.

Briangon, Osty et Lévy nient l'étranglement primitif et le croient fonction d'accidents inflammatoires antérieurs ou concomitants. En effet cet accident existe, dit Osty, si l'on veut entendre par là les coudures, les brides, les volvulus de l'appendice, mais il ne saurait se réaliser par l'anneau ou le collet de la hernie. Il faudrait que l'anneau se resserre, ce qui est impossible, ou bien une augmentation de volume de l'appendice, ce qui suppose une inflammation ; l'étranglement ne serait donc qu'un accident de l'appendicite herniaire.

Telle n'est pas l'opinion de Pollosson, Rivet et d'autres à l'avis desquels nous nous rangeons : l'on voit fréquemment l'appendice portant sur une portion quelconque un sillon, une stricture nette permettant d'affirmer l'étranglement ; il faut débrider le collet du sac pour retirer l'appendice. Celui-ci, sous l'influence de la toux ou d'efforts, pénètre dans le sac par un collet serré et une fois là, sa circulation se trouvant gênée,

il présente un processus congestif qui augmente ses dimensions et l'empêche à nouveau de franchir l'anneau.

Ces faits sont prouvés :

- 1° Par l'existence d'un sillon net ;
- 2° La couleur et la tension du liquide contenu dans le sac ;
- 3° La coloration de la portion sous-jacente de l'appendice rappelant exactement celle d'un intestin étranglé ;
- 4° L'examen microscopique.

Sans doute si l'étranglement persiste il se produit un sphacèle de l'extrémité étranglée en tous points comparable à celui de l'appendicite gangréneuse, mais ce sphacèle ne se produit qu'un certain temps après l'étranglement, comme ce fut le cas de l'observation XV. Thèse d'Esnoult. Paris, 1914.

Si, au contraire, comme dans les observations XIII et XIV l'agent de l'étranglement est rapidement levé, le sphacèle ne se produit pas et l'étude microscopique montre des lésions limitées à la zone de stricture.

Comment peut-on, d'autre part, expliquer la précocité du sphacèle dans certains cas et la congestion simple dans des observations tardives ? Le développement rapide des lésions nous paraît devoir être rattaché à une stricture hermétique et brusque au niveau de l'anneau, stricture arrêtant complètement la vascularisation d'un organe par ailleurs mal nourri et transformant en un vase clos la lumière de l'appendice dont les nombreux bacilles ne demandent qu'à se développer.

II. — Les phénomènes symptomatiques de la constriction appendiculaire sont à peu près ceux de l'étranglement intestinal ; il n'y a pourtant ni arrêt mécanique du cours des matières, ni septicémie intestinale. Quelle est donc leur origine ?

Ristein, ayant provoqué de l'occlusion de l'intestin par

suture chez le chien, attribue les symptômes à l'altération pathologique causée par l'étranglement du tube intestinal et de ses nerfs; il ne voit dans les vomissements fécaloïdes qu'une simple conséquence de l'interruption du cours des matières en rapport avec le siège élevé de l'occlusion.

Cette théorie nous paraît démentie par la présence des mêmes symptômes dans les étranglements appendiculaires; n'a-t-on pas d'ailleurs signalé, chez les hystériques, des vomissements fécaloïdes, ces malades ne présentant pourtant aucune trace d'étranglement ou d'obstruction intestinale.

Pour nous, les accidents observés dans l'étranglement de l'appendice iléo-cæcal nous paraissent être, comme tous les autres étranglements, d'origine réflexe, et avoir pour cause l'altération des nerfs intestinaux dans le domaine du grand sympathique; leur diversité et leur gravité seraient en relation avec la susceptibilité nerveuse de l'individu.

Il existe sans doute une analogie entre la variabilité de ces phénomènes et ceux qu'on observe dans les coliques néphrétiques et hépatiques, où les symptômes sont parfois si légers qu'ils passent inaperçus, en imposent d'autres fois pour de l'occlusion intestinale avec météorisme, arrêt des matières, vomissements, douleurs atroces. Cette intensité tient non au volume de la concrétion, mais à la susceptibilité du sujet.

SYMPTOMATOLOGIE

La symptomatologie de l'étranglement appendiculaire est très variable : elle est quelquefois réduite et d'allure bénigne, d'autres fois, au contraire, complexe et dramatique. Nous allons étudier ces deux modalités extrêmes en faisant remarquer que tous les états intermédiaires peuvent être observés.

1^{er} type. — Une femme âgée de 55 ans se plaint d'avoir, sans cause apparente, ressenti quelques jours auparavant, dans la partie inférieure de l'abdomen, une douleur vive accompagnée de quelques vomissements ; elle a, en outre, constaté la présence d'une grosseur au niveau du pli de l'aîne. Puis la douleur a diminué, les vomissements se sont calmés et la malade a pu reprendre ses occupations ; elle vient nous trouver à cause de la persistance de la grosseur.

L'état général de la malade est parfait, le pouls calme et normal, pas de vomissements, pas de ballonnement du ventre, la malade va à la selle et fait des gaz, la température est normale.

L'examen local montre une tuméfaction au niveau de l'anneau crural ; la peau, d'aspect normal, glisse facilement sur cette petite saillie. La palpation révèle une légère douleur et l'irréductibilité. Les efforts de toux ne modifient pas le volume de la partie saillante, on ne perçoit à son niveau aucune impulsion. Le diagnostic d'étranglement épiploïque hernié fut porté et l'intervention fit découvrir une hernie appendiculaire étranglée (D^r Bleyrie. *Limousin Médical*, 1904).

2^{me} type. — Une malade raconte qu'elle avait constaté de-

puis de longues années l'existence d'une tumeur au niveau de l'aine, qu'elle n'en souffrait pas et n'y portait pas attention.

Brusquement, après un effort, elle a senti une douleur aiguë au niveau de l'aine, elle a été prise de coliques violentes suivies de vomissements alimentaires, puis bilieux. La tumeur avait augmenté de volume.

L'état général est mauvais, le facies grippé, le ventre ballonné, le pouls petit et accéléré, la température est de 38°5. La constipation est absolue, les gaz ne passent pas, les vomissements persistent.

L'Inspection montre à l'orifice interne du canal inguinal une tuméfaction du volume d'une grosse noix; la peau est normale; la palpation est très douloureuse, la tumeur ne rentre pas et n'est pas modifiée par la toux, la percussion donne de la matité.

En présence de ces symptômes alarmants, on pense à une entérocèle étranglée, on opère et on tombe sur un appendice étranglé.

Quelle que soit la variabilité des symptômes, l'étranglement appendiculaire évolue presque fatalement vers la gangrène et la perforation de l'organe; cette évolution est plus ou moins précoce; elle est favorisée par la mauvaise circulation et la présence de nombreux microbes.

Le pus une fois formé peut s'ouvrir à l'extérieur en traversant la paroi abdominale (c'est le cas le plus favorable, la désinfection de cette poche pouvant se faire assez facilement) ou se propager à la séreuse péritonéale et provoquer une péritonite généralisée rapidement mortelle.

DIAGNOSTIC ET PRONOSTIC

Diagnostic. — Le diagnostic d'étranglement appendiculaire est délicat ; il faudra toujours y penser lorsque l'on se trouvera en présence d'une entérocele ou d'une épiplocèle étranglées du côté droit. (Nous avons d'ailleurs vu que la constatation de cet accident au niveau des orifices herniaires gauches n'éliminait pas ce diagnostic d'une façon absolue). Comme d'ailleurs nous conseillerions l'intervention opératoire au malade dans ces différents cas, l'erreur ne saurait lui être préjudiciable.

Quelques auteurs ont prétendu reconnaître à travers les téguments la forme de l'appendice : c'est ainsi que Trèves, sur une femme de 56 ans très amaigrie, dit avoir senti facilement le cæcum et son appendice. Nous n'avons pas entendu dire que la chose ait pû être faite pour une hernie de l'appendice seul.

L'étranglement appendiculaire a été souvent confondu avec le pincement latéral d'une anse intestinale. Citons comme exemple l'observation XXI du travail de M. le docteur Ferrier, de Bordeaux : présence dans le pli de l'aîne d'une tumeur résistante, douloureuse ; vomissements fécaloïdes, pas de selles, pas d'évacuations gazeuses, pas de collapsus, taxis sans résultat. Kélotomie, débridement d'un anneau de fascia cribriformis ; on attire un tube aplati du volume d'une plume d'oie de 8 à 10 cm. de longueur, c'est l'appendice.

Lorsque les symptômes abdominaux sont incomplets ou nuls, on porte le diagnostic d'étranglement épiploïque et l'intervention fait voir un appendice étranglé (*Annales de la Société anatomique*, 1892, Dr Ricard).

La confusion peut encore être faite avec un abcès simple du pli de l'aîne. Le cas est cité par Cabaret dans le *Journal des Connaissances médico-chirurgicales* : « à l'ouverture de l'abcès, on constata l'issue d'un liquide stercoral ; il s'établit par là une fistule bien que les matières aient continué à passer en grande partie par l'anus. La malade mourut et l'autopsie permit de découvrir une hernie crurale droite constituée par l'appendice vermiforme perforé ».

Pronostic. — Mérigot de Trégny admet que l'étranglement de l'appendice est aussi grave que celui de n'importe quelle autre portion de l'intestin.

Le Duigou le considère comme très sérieux.

Lévy fait entrer en ligne de compte l'état de l'appendice : totalement enflammé, le cas serait moins défavorable ; s'il est partiellement pris on a plus à redouter la péritonite abdominale.

Il nous semble que, dans l'état actuel des connaissances chirurgicales, le pronostic reste toujours grave, plus grave même que l'étranglement intestinal puisque le diagnostic sera souvent méconnu ; il variera avec la précocité de l'intervention et l'état général du sujet.

Le pronostic sera très réservé dans le cas de phlegmon appendiculaire diffus, plus réservé encore sinon fatal en présence d'une péritonite généralisée.

TRAITEMENT

Morse (*Wiener méd. Woche 1892*), ayant à faire à un appendice sphacélé baignant dans le pus, ne réséqua pas le sac mais en fit le drainage. La plaie cicatrisa rapidement et la malade complètement guérie quitta l'hôpital après un mois et demi de séjour.

Dans un cas de Puchets, cité par Merling, le chirurgien n'incisa pas le sac, la simple pression ayant fait rentrer l'appendice vermiforme, senti à travers la séreuse, dans l'abdomen ; l'enfant guérit.

Polosson a vu le taxis réussir chez un petit malade dont la hernie manifestait des signes d'étranglement et qu'il opéra par la suite pour les mêmes accidents.

Ces procédés ne sont plus de mise aujourd'hui ; le médecin se comporte comme en présence d'un étranglement intestinal.

Incision de la peau, du tissu cellulaire sous-cutané et de la couche musculo-aponévrotique.

Découverte, dissection et ouverture du sac : on attire l'appendice au dehors, on pose au niveau de son point d'implantation une ligature au catgut et on résèque au-dessous de la ligature.

Polosson sectionnait l'appendice à la limite de la partie saine et de la partie malade : comme cette limite ne saurait dans nombre de cas être précisée, il vaut mieux faire une cure complète.

La section étant faite, on cautérise la plaie soit à l'acide phénique pur, comme le préconise le professeur Tédénat, soit à la pointe du thermo-cautère. Suture séro-séreuse ou séro-

interstitielle. On termine par la réduction et les manœuvres de la cure radicale.

Brieger, employant le procédé de Miculitz, suit une technique un peu différente : incision circulaire de la séro-musculaire à un demi-centimètre au-dessous du cæcum, dissection d'une manchette séreuse sur une étendue d'un demi-centimètre, section de la muqueuse, suture à part des deux tuniques, désinfection du moignon.

M. Vignard a employé un procédé approchant : incision circulaire de la séro-musculaire, section au ras de la muqueuse, suture à part sur deux plans. Il recouvrit le moignon avec une portion de méso.

OBSERVATION I

Dr^e Lapeyre et Cathala. *Montpellier Médical*, 1919.

T... C..., 68 ans, hospitalisée aux vieillards pour bronchite chronique avec emphysème. Se présente dans le service du professeur Tédénat le 30 août 1919 pour phénomènes douloureux dans la région inguino-crurale droite.

Il y a deux jours, sans effort apparent, la malade a ressenti une douleur vive dans cette région, avec généralisation rapide à tout l'abdomen ; en même temps, nausées et vomissements. Localement, apparition d'une petite tumeur sensible à l'exploration.

Dès le second jour, les vomissements n'ont plus reparu, la douleur s'est atténuée, mais est restée localisée au voisinage de la tumeur ; la malade habituellement constipée, a vu sa constipation augmenter. Elle a eu cependant depuis dix jours trois selles, elle a fait des vents, quelques coliques précédant les selles.

A l'examen, l'état général est relativement bon, le facies calme, la langue humide et bonne, le pouls a 100, arythmique, traduisant un état de sclérose cardiaque.

Au niveau du pli inguinal droit, plus exactement à la région correspondante à l'anneau crural, on perçoit une tumeur grosse comme une amande, pédiculisée dans la profondeur, irréductible, douloureuse. La peau est normale. L'abdomen est peu ballonné, sa paroi flasque descend sur le pubis : c'est le ventre d'une femme qui a eu 8 enfants. Il y a de la ptose viscérale généralisée ; on note un prolapsus génital.

Le diagnostic de hernie irréductible étant posé, on pense à un étranglement épiploïque.

Anesthésie locale à la cocaïne. Après avoir franchi un tissu cellulaire épaissi, on tombe sur un sac mince contenant un liquide séro-sanguinolent, au centre duquel apparaît l'appendice, seul organe hernié, de coloration rouge vineuse, érectile.

L'incision du ligament de Gimbernat, permet de libérer facilement la zone d'étranglement. Le collet sur l'appendice est constitué par un sillon peu profond circulaire, fortement ecchy-motique.

L'appendicectomie est facile. Cautérisation du moignon à l'acide phénique pur. Enfouissement. Fermeture de l'anneau crural par deux fils en V. Suture de la paroi avec des agrafes.

Les suites opératoires ont été très simples. Réunion primitive. La malade est sortie guérie le vingt-cinquième jour.

L'appendice ne contenait pas de corps étranger. Longueur 7 centimètres.

OBSERVATION II

(Leguen, *Société de Chirurgie*, décembre 1904)

M^{me} T...., blanchisseuse, 53 ans, entre à l'hôpital le 21 mars 1904.

Le mardi 15 mars, en lavant du linge, elle est prise d'une quinte de toux et de coliques qu'elle attribue à un effort. Ayant fini son travail, elle s'aperçoit qu'elle a une grosseur dans la région inguinale droite. Le lundi suivant, continuant à souffrir, la malade, sur le conseil de son médecin, entre à l'hôpital.

Examinée à son entrée, elle présente au niveau de la base du triangle de Scarpa, une tumeur arrondie, du volume d'un œuf de pigeon. Cette tuméfaction est dure, mate à la percus-

sion, douloureuse à la pression et irréductible. Il n'y a ni vomissements, ni accidents aigus d'étranglement.

La malade est opérée le 25 mars 1904. Chloroformisation. Incision classique de la hernie crurale. Découverte, libération et ouverture du sac herniaire qui contient l'appendice, ainsi que des franges épiploïques péri-appendiculaires. L'appendice présente un étranglement net, produit par le collet du sac, et qui persiste après section de l'arcade de Fallope et abaissement en masse de toute la hernie. Les franges épiploïques péri-appendiculaire étranglées sont noires sur une hauteur de 3 centimètres.

L'appendice libéré est lié, sectionné et réduit ainsi que l'épiploon, dont la portion douteuse est réséquée sous ligature. Le sac herniaire lié est excisé, on reconstitue la paroi en rapprochant l'aponévrose du pectiné du ligament de Poupert avec des crins de Florence. Les plans antérieurs sont également suturés au crin.

Les suites opératoires furent excellentes. On enleva les fils au dixième jour et la malade sortit guérie le 17 avril.

OBSERVATION III

(D^r Esnault. Service de M. le D^r Reymond)

M.... Louis, 56 ans. 8 avril 1905.

Hernie inguinale droite étranglée depuis six heures. Appendice contenu dans la hernie, de teinte un peu plus rouge que l'intestin, congestionné, tendu dans son extrémité herniée.

Débridement de l'anneau.

Appendicectomie. Cure radicale. Guérison.

Pièces. Sillon net de stricture sur l'appendice à un demi-centimètre de sa base ; aucune lésion d'appendicite.

Ce cas est une observation d'étranglement de l'appendice. Si l'opération n'avait pas été pratiquée, l'extrémité herniée se serait sans doute sphacélée de la même manière qu'un intestin étranglé.

OBSERVATION IV

(Communiquée par le Dr Esnault, Service du Dr Bluysen. Boulogne-sur-Mer)

S.... Sophie, 67 ans. 22 janvier 1914.

Femme entrée pour étranglement d'une petite hernie crurale, complètement ignorée de la malade; étranglement datant de trois jours. La femme était très souvent constipée; toutefois, elle a été à la garde-robe la veille de l'intervention, mais d'une façon peu abondante.

A l'examen, dans la région du pli de l'aîne, tuméfaction et rougeur. Tumeur du volume d'une petite mandarine, rouge, tendue, ressemblant à une adénite inguinale aiguë. Pas de fluctuation nette, matité de la tumeur. Peau tendue, lisse, rouge vif. Etat général bon.

Incision. - On tombe sur un sac herniaire à parois très épaisses, fibreuses, contenant un peu de liquide séro-sanguinolent et l'appendice, long de 8 cm., absolument gangréné; odeur infecte.

Au niveau du collet de la hernie, sillon de stricture sur l'appendice. La portion extra-sacculaire de l'appendice et le cæcum sont sains.

Ablation de l'appendice au ras du cæcum.

Enfouissement. — Cure radicale de la hernie.

Pronostic réservé en raison du sphacèle de l'appendice et des lésions du sac herniaire. Légère infection de la paroi qui cède à quelques pansements humides.

Sort guérie le 20 février 1914.

OBSERVATION V

(Taillefert, de Béziers, *Congrès de Chirurgie*, 1901),

Sœur garde-malade, âgée de 39 ans, chez laquelle on constate une tuméfaction crurale marronnée, douloureuse, irréductible. Circulation des gaz. Les matières ne circulent pas. Cependant on obtient deux selles dures, peu abondantes, au troisième jour de l'étranglement avec de l'huile de ricin. Etat général excellent. Début de l'étranglement 5 jours. Début de la hernie 3 ans. Hernie réductible, pas de bandage. Sondain, 5 jours auparavant, irréductible, douloureuse, pas de troubles herniaires.

Antécédents : pas de hernie dans la famille.

Diagnostic : épiplocèle crurale étranglée.

Opération au sixième jour sous éther. Liquide noir dans le sac.

Appendice recouvert de néo-membranes inflammatoires dans sa moitié inférieure et, au-dessous de ces membranes. infiltration sanguine. Longueur de l'appendice 8 cm., appendice perméable.

Résection — Péritonisation du moignon, cure radicale suivant Delagenière. Guérison opératoire et définitive.

CONCLUSIONS

. — L'appendice seul ou accompagné du cæcum peut, sous certaines conditions (longueur anormale, laxité exagérée de ses ligaments, augmentation de la pression intra-abdominale), s'engager dans les différents orifices herniaires.

II. — Ces hernies peuvent s'étrangler, soit grâce à la mobilité du segment intra-abdominal, à la stase sanguine, à un effort, à la striction du collet du sac, soit consécutivement à une inflammation de l'appendice.

III. — L'étranglement se manifeste par des symptômes locaux et des symptômes généraux très variables, sans doute d'origine réflexe.

Un appendice hernié et étranglé évolue d'une façon plus ou moins rapide, variant avec le degré de stricture, vers la gangrène avec perforation. Le pus formé se dirige, soit vers la peau, soit vers la cavité abdominale.

IV. — Le diagnostic est souvent méconnu. On confond l'étranglement appendiculaire avec l'épiplocèle ou l'entérocele étranglées.

V. — Le pronostic est assez bon lorsque l'intervention succède à un diagnostic précoce et les lésions de l'appendice minimales (congestion et épanchement séreux), grave en cas de perforation et gangrène, presque fatal en cas d'infection péritonéale.

VI. — Le traitement comporte trois temps : débridement, ablation de l'appendice, cure radicale de hernie.

Vu et permis d'imprimer :
Montpellier, le 2 décembre 1919.
Le Recteur,
JULES COULET.

Vu et approuvé :
Montpellier, le 2 décembre 1919.
Le Doyen,
MAIRET.

SERMENT

En présence des Maîtres de cette Ecole, de mes chers condisciples et devant l'effigie d'Hippocrate, je promets et je jure, au nom de l'Être suprême, d'être fidèle aux lois de l'honneur et de la probité dans l'exercice de la Médecine. Je donnerai mes soins gratuits à l'indigent et n'exigerai jamais un salaire au-dessus de mon travail. Admis dans l'intérieur des maisons, mes yeux ne verront pas ce qui s'y passe; ma langue taira les secrets qui me seront confiés, et mon état ne servira pas à corrompre les mœurs ni à favoriser le crime. Respectueux et reconnaissant envers mes Maîtres, je rendrai à leurs enfants l'instruction que j'ai reçue de leurs pères.

Que les hommes m'accordent leur estime si je suis fidèle à mes promesses! Que je sois couvert d'opprobre et méprisé de mes confrères si j'y manque!
